

Mesure d'amélioration de la qualité: Liste de contrôle «Sécurité chirurgicale» (check-list chirurgicale)

Déroulement de la demande	Date
Soumission	02.05.2022
Validation technique	22.08.2022
Validation contractuelle	06.04.2023
Publication	Avril 2023

Généralités

Les mesures d'amélioration de la qualité (MAQ) sont des mesures concrètes et systématiques, reconnues par les parties contractantes, relatives aux structures et processus d'un hôpital ou d'une clinique. Elles visent à améliorer un aspect de la qualité des traitements et de la sécurité des patient-e-s dans un champ d'action donné. Leur impact dans un hôpital ou une clinique spécifique est évalué et amélioré en permanence dans le cadre du concept de qualité global du champ d'action. **La MAQ est intégrée dans le cycle PDCA du concept de qualité du champ d'action.** Cette intégration doit être consignée et décrite dans le concept de qualité.

Modifications	Date
Chapitre 1d: Adaptation des domaines thématiques en champs d'action sur la base du contrat de qualité révisé	18.09.2023

1. Délimitation de la mesure d'amélioration de la qualité

a) Nom de la mesure d'amélioration de la qualité
Liste de contrôle «Sécurité chirurgicale» (check-list chirurgicale)
b) Classification
<p>La liste de contrôle «Sécurité chirurgicale» doit améliorer la communication et la collaboration au sein de l'équipe chirurgicale. Elle s'adresse donc à l'ensemble de l'équipe (chirurgiennes et chirurgiens, techniciennes et techniciens en salle d'opération, équipe d'anesthésistes, autres professionnels impliqués dans l'opération). En d'autres termes, toute l'équipe utilise et remplit la liste, et non pas une seule personne. C'est ainsi que la culture de la qualité et de la sécurité peut être améliorée à large échelle.</p> <p>La liste de contrôle n'est pas une mesure unique, mais devrait s'appliquer à long terme pour toutes les opérations chirurgicales et être dûment intégrée à la gestion de la qualité des hôpitaux et des cliniques.</p>
c) Objectif de la mesure d'amélioration de la qualité
<p>Les objectifs d'une liste de contrôle chirurgicale sont:</p> <ul style="list-style-type: none">- Prévention des erreurs, qui menacent la sécurité des patients (par ex. les confusions entre des interventions ou les erreurs de côté)- Instrument de rappel et de soutien, qui remet en mémoire des éléments et des actions qui sont évidents en tant que tels mais qui peuvent facilement être oubliés dans la routine clinique- Aide en vue d'une communication clairement structurée, centrée sur l'essentiel au sein de l'équipe interprofessionnelle et entraînant une amélioration de l'échange d'informations <p>Alors que la liste de contrôle garantit le déroulement des processus, les professionnels peuvent se concentrer sur les questions complexes qui requièrent leurs connaissances spécifiques. Ils disposent en outre de disponibilité pour porter leur attention sur d'autres informations qui leur permettent d'anticiper en temps utile des événements critiques.</p>
d) Champs d'action
<input type="checkbox"/> Culture de qualité <input checked="" type="checkbox"/> Sécurité des patients <input type="checkbox"/> Prise de décision fondée sur des données probantes <input type="checkbox"/> Système centré sur le patient
e) Discipline(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Soins somatiques aigus <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Réadaptation
f) Délimitation: départements/domaines, professions etc.
<p>Les deux modèles de check-lists (la liste de contrôle «Sécurité chirurgicale» de la fondation Sécurité des patients Suisse et la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS) sont volontairement assez généraux afin de s'appliquer au plus grand nombre de disciplines chirurgicales différentes. Il est néanmoins apparu qu'elles doivent être adaptées pour les interventions brèves, comme en chirurgie ophtalmique, ou pour les interventions complexes, de chirurgie cardiaque notamment. Les expériences réalisées avec les deux programmes pilotes nationaux sur la liste de contrôle de Sécurité des patients Suisse ont montré que des checklists spécifiques sont parfois utilisées pour des interventions chirurgicales et diagnostiques dans les domaines ophtalmique et dentaire, ainsi que pour des interventions en urgence présentant des risques vitaux. Mais pour de telles listes de contrôle spéciales, le standard minimal devrait</p>

aussi être respecté. Il est déconseillé de recourir à plusieurs listes de contrôle dans une même salle d'opération.

2. Méthodologie, développement et impact

a) Méthodologie de la mesure d'amélioration de la qualité

La liste de contrôle de la sécurité chirurgicale publiée en 2009 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été adaptée pour la Suisse en 2012 et diffusée dans le cadre du programme «progress! La sécurité en chirurgie» (2013–2015).

Cette liste de contrôle chirurgicale comporte trois parties, qui correspondent à trois moments bien définis du processus opératoire. La première partie, le Sign in, est effectuée par les responsables de l'anesthésie avant l'induction, la deuxième, le Team time out, avant l'incision de la peau, et la troisième, le Sign out, à la fin de l'opération. La liste contient deux types d'items: ceux de contrôle et ceux de demandes. Les premiers consistent en des vérifications, telles que celle de l'identité du patient, les secondes requièrent un échange d'informations au sein de l'équipe chirurgicale. En font en particulier partie la discussion des risques spécifiques à l'intervention et au patient.

La liste de contrôle «Sécurité chirurgicale» de la fondation Sécurité des patients Suisse est disponible en français, en allemand et en italien sur le site Web de la fondation.

Pour satisfaire aux exigences minimales, une check-list chirurgicale devrait comprendre:

- les trois parties Sign In, Team time out, Sign out
- le set d'items standards minimums défini dans la publication n° 5+ pour les interventions brèves (lire chap. 4.6, tableau 1)
- des directives d'exécution, définissant au moins les aspects suivants (pour chaque partie de liste) (lire la publication 5+, chap. 4.7 & 4.8):
Moment de l'exécution, membres de l'équipe présents, rôle du coordinateur ou de la coordinatrice de la check-list, indication pour le traitement des items, procédure à adopter en cas d'anomalies, directives de marquage.
- Périodicité et responsabilité personnelle relative à la vérification de la liste de contrôle et prise de mesures d'amélioration en conséquence
- Procédure de mise au courant des nouveaux collaborateurs et collaboratrices relative à l'utilisation de la check-list chirurgicale

Annexes relatives à la méthodologie des mesures d'amélioration de la qualité

https://patientensicherheit.ch/wp/wp-content/uploads/2023/03/checkliste_f.pdf

Bezzola, P., Hochreutener, M.A., Schwappach, D. (2012). Publication n° 5 La liste de contrôle chirurgicale et sa mise en œuvre: culture – équipe – instrument. Zurich: fondation Sécurité des patients Suisse

Imhof A, Fridrich, A., Schwappach, D. (2021). Schriftenreihe 5+: COM-Check – Sécurité chirurgicale. Zurich: fondation Sécurité des patients Suisse . https://patientensicherheit.ch/wp/wp-content/uploads/2023/03/D_Schriftenreihe_5_def.pdf

b) Marge de manœuvre pour la conception

La liste de contrôle publiée en 2012 par Sécurité des patients Suisse est un modèle à adapter en fonction des contextes locaux. Elle n'a pas vocation à être parfaitement complète et adaptée à chaque intervention et à chaque contexte.

Aussi bien la fondation Sécurité des patients Suisse que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommandent aux établissements d'adapter la check-list chirurgicale aux conditions

locales lors de son introduction. Des modifications spécifiques peuvent améliorer l'ajustement de la liste à la situation. Procéder aux adaptations dans le cadre d'une équipe aussi interprofessionnelle que possible favorisera l'identification avec la check-list et le sentiment de responsabilité individuelle.

Une adaptation réussie peut en outre contribuer à perfectionner la pratique. Mais les modifications recèlent aussi des risques: par exemple des parties importantes de la check-list peuvent être ainsi perdues, le rajout d'items peut se faire au détriment de la clarté, des restructurations de la liste peuvent déplacer le point de mire et porter préjudice à la véritable fonction de la liste. En plus du respect de standards minimaux, il est important que la procédure de modification de la liste soit systématique – tant lors des adaptations initiales à la situation locale que lors des adaptations ultérieures au contexte dynamique de la santé et des hôpitaux, au sens d'un processus continu d'amélioration.

c) Transférabilité possible dans d'autres départements et/ou hôpitaux

La liste de contrôle «Sécurité chirurgicale» est volontairement générale. Elle est en principe utilisable par toutes les disciplines chirurgicales et tous les hôpitaux. Elle peut l'être indépendamment des conditions structurelles. L'application a été contrôlée au travers des deux programmes pilotes de Sécurité des patients Suisse dans différents cadres de soins (hôpital de soins aigus, clinique chirurgicale ambulatoire, etc.) et différents domaines spécialisés (par ex. clinique ophtalmique, clinique pédiatrique).

La liste de contrôle ainsi que l'ensemble des documents d'accompagnement (publications, matériel de mise en œuvre, etc.) sont disponibles en trois langues (français, allemand, italien).

d) Phase de développement

Auto-déclaration: La mesure d'amélioration de la qualité ...

<input checked="" type="checkbox"/> ... est axée sur la pratique.	<input checked="" type="checkbox"/> ... a été testée lors d'au moins un <u>projet pilote</u> .	<input type="checkbox"/> ... n'est pas remplie
---	--	--

Par projet pilote il faut entendre la mise en œuvre de la mesure d'amélioration de la qualité et la collecte d'expériences dans au moins un hôpital ou un secteur d'hôpital.

e) Effet souhaité sur la qualité des soins et/ou la sécurité des patient-e-s.

Au cours des années passées, de nombreuses méta-analyses et des revues systématiques de l'efficacité de la check-list chirurgicale ont été publiées. Elles ont montré que cette liste est un outil effectif pour diminuer la mortalité et qu'elle produit des effets positifs sur différents résultats cliniques, complications post-opératoires ainsi que sur le travail d'équipe. (par ex. Bergs et al., 2014; Borchard et al., 2012).

Il y a également eu des résultats contradictoires concernant l'efficacité. Mais la plupart des revues et des méta-analyses reposent sur l'hypothèse que les check-lists utilisées dans les études sont à peu près identiques. Les études sont en fait difficiles à comparer, car certaines se sont concentrées sur des parties de listes. De plus, la plupart des listes ont été adaptées aux contextes structurels et locaux. Sécurité des patients Suisse a par exemple comparé les listes de 18 établissements pilotes avec la sienne et celle de l'OMS. Elle a constaté de grands écarts, tant dans le nombre des items à contrôler que sur leur contenu (Fridrich et al., 2021). De telles différences sont susceptibles d'affecter l'efficacité de la check-list. Il convient donc de respecter certains standards minimaux.

Annexes concernant l'impact, resp. concernant les données probantes.

Bibliographie

Bergs J., Hellings, J., Cleemput, I., Simons, P., Zurel, O., Vertriest, S., Vandijck, D. (2014). Surgical safety checklists: An update. Acta Chir Belg;114:219–24.

Borchard A, Schwappach DLB, Barbir A, Bezzola P. (2012). A Systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. Annals of Surgery; 256:925-33, DOI: 10.1097/SLA.0b013e3182682f27.

Fridrich A., Imhof, A., Schwappach, D. (2021). How Much and What Local Adaptation Is Acceptable? A Comparison of 24 Surgical Safety Checklists in Switzerland. J Patient Saf 2021;17:217–22.

3. Réalisation et coûts

a) Registre		
La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle la tenue d'un ou de plusieurs registres?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
b) Certification		
La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle une certification?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
c) Licences		
La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle des licences (par ex. questionnaires, système IT)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
d) Estimation des ressources humaines et financières pour la mise en œuvre de la mesure d'amélioration de la qualité		
<p>L'introduction de la liste de contrôle chirurgicale n'entraîne pas directement des coûts élevés, mais elle requiert des ressources en personnel, qui représentent une charge financière indirecte. La décision d'implémenter la liste doit être prise au plus haut niveau de direction. Idéalement, les cadres supérieurs des principaux groupes professionnels (médecins-cadres et médecins agréés en chirurgie et en anesthésie, direction du personnel de salle d'opération, direction des soins infirmiers) ainsi que la personne responsable de la gestion des risques cliniques devraient être impliqués dans la prise de décision, dans la planification et l'organisation du projet et dans le choix de la direction de projet. Seule une telle procédure permet de créer la base d'une mise en œuvre efficace.</p> <p>La direction de projet doit être soutenue par une «équipe check-list» composée de spécialistes de tous les groupes professionnels: manager qualité et risques, chirurgiens et chirurgiennes, anesthésistes, infirmières et infirmiers anesthésistes, personnel de salle d'opération, infirmières et infirmiers.</p> <p>Les étapes suivantes sont nécessaires à l'introduction de la liste:</p> <ul style="list-style-type: none">- adaptation de la liste au contexte local et aux exigences spécifiques.		

- adaptation des processus dans la préparation des opérations avec intégration des mesures et des contrôles de sécurité
- test des processus modifiés et de la liste
- définition de la stratégie pour la diffusion de l'utilisation de la liste dans l'ensemble de l'établissement
- définition de mesures d'accompagnement telles que la transmission de savoirs pour les spécialistes ou le travail de motivation avec des leaders d'opinion
- développement d'un concept de communication avec différents éléments (trainings, débriefings, informations aux patients)
- développement d'un concept d'évaluation, incluant des relevés avant et après l'implémentation, avec pour objectif de connaître l'avancement de la mise en œuvre et de définir des mesures en vue d'une implémentation durable.

4. Contrôle de l'intégration dans le concept interne de qualité

*L'organe de contrôle externe vérifie si la mesure d'amélioration de la qualité est intégrée au cycle d'amélioration de la qualité (PDCA). Des **critères** doivent être définis ici pour que le contrôle de cette intégration soit efficace et juste.*

Les exigences minimales définies au point 2a pour la liste de contrôle chirurgicale sont remplies/documentées, cela signifie concrètement que:

- la liste est inscrite dans le concept de qualité de l'hôpital
- la liste correspond aux exigences minimales
- les directives d'exécution comportent toutes les informations pertinentes
- les nouveaux collaborateurs bénéficient d'une introduction à l'utilisation de la liste de contrôle
- les items de la liste et la réalisation sont vérifiés régulièrement
- des mesures d'amélioration sont régulièrement prises en conséquence

5. Auteur de la demande et conflits d'intérêts

Auteur de la demande (institution)	Fondation Sécurité des patients Suisse
<i>Description des éventuels conflits d'intérêts de l'auteur de la demande</i>	
<p>La poursuite et l'application des projets et programmes nationaux (progress!) figure parmi les buts de la Commission fédérale pour la qualité (objectif 2022-05):</p> <p>«Sur la base des programmes nationaux progress! achevés ainsi que de l'audition de la fondation Sécurité des patients Suisse et, le cas échéant, d'autres experts, la CFQ donne aux parties signataires des conventions de qualité et aux autorités compétentes des recommandations relatives à l'application des enseignements tirés des projets et programmes nationaux. Elle propose des critères ou des indicateurs susceptibles de refléter le degré d'avancement et le succès de l'application.»</p> <p>Le cas échéant, les requêtes de mesures d'amélioration de la qualité ainsi que le développement de critères/indicateurs se font donc en coordination avec la CFQ.</p>	